FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

BREVES APUNTES

ACERCA DE

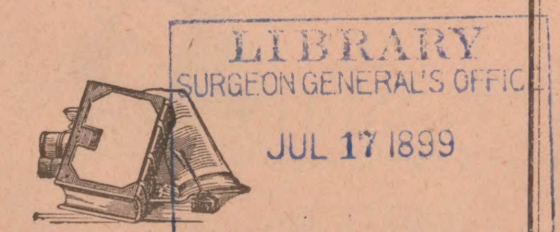
LA URETROTOMÍA

POR EL PROCEDIMIETO DE OTIS.

TRABAJO INAUGURAL
QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA,
CIRUGÍA Y OBSTETRICIA,
PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

ANTONIO CASILLAS,

Alumno de la Escuela N. de Medicina y de la
Práctica Médico-Militar.



MEXICO.—1892.
TIP. DE LA ESCUELA INDUSTRIAL DE HUERFANOS.
(TECPAM DE SANTIAGO).

Sr. Prof. D. José M. Bandera, ... prop. ... Ate.

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

BREVES APUNTES

ACERCA DE

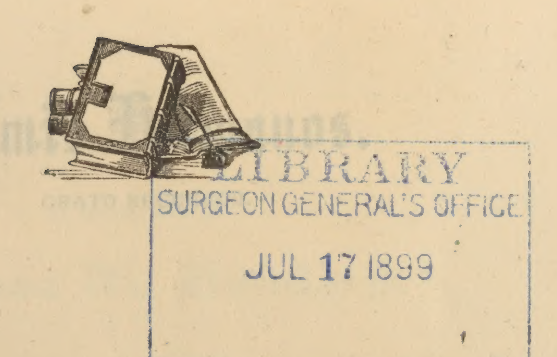
LA URETROTOMÍA

POR EL PROCEDIMIETO DE OTIS.

TRABAJO INAUGURAL
QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA,
CIRUGÍA Y OBSTETRICIA,
PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

ANTONIO CASILLAS,

Alumno de la Escuela N. de Medicina y de la
Práctica Médico-Militar.



MEXICO.—1892.
TIP. DE LA ESCUELA INDUSTRIAL DE HUERFANOS.
(TECPAM DE SANTIAGO).

A LA MEMORIA

De mi adorado Padre.

A MI MADRE.

HUMILDE TRIBUTO DE CARIÑO

A mis Hermanos.

GRATO RECUERDO.

Dr. Jose M. Bandera.

Al Dr. Maximiliano Galán.

PROFUNDO AGRADECIMIENTO.

AL INTELIGENTE CIRUJANO.

Ramón Macías.

SU DISCIPULO AGRADECIDO.

A MI MAESTRO EL

Dr. Jose M. Bandera.

AL SEÑOR GENERAL

José Cortés y Frías.

SINCERA GRATITUD

A LOS SEÑORES GENERALES DOCTORES

Epifanio Cacho y Alberto Escobar.

A MIS MAESTROS, EL MODESTO CIRUJANO

Francisco de P. Chacon.

Y EL DISTINGUIDO CLÍNICO

Demetrio Mejia.

A LOS DOCTORES

José Terrés y Regino Gonzalez.

GRATITUD SINCERA POR SUS DISTINCIONES.

Señores Jurados:

No he dejado por un momento de abrigar la idea de que al presentaros este humilde trabajo, fruto de afanes é ilusiones, lo jusgaréis con la benevolencia que os caracteriza. No hay nada que sea nuevo, nada que salga de un cerebro dotado de concepciones fértiles; si, en cambio, están reunidos los esfuerzos de aquel que por primera vez toma la pluma para tratar de un objeto científico.

De vosotros respetuosamente queda.

A. C.

No ha pasado para ninguno inadvertida, la importancia de la materia de que me ocupo; por desgracia, bastante comunes son los estrechamientos, obligándonos á que siempre estemos listos para prestar nuestros medios de curación á tan peligroso mal.

No se limita á esto el papel del Cirujano; no siempre puede emplear el mismo tratamiento de curación; son muchos los aconsejados, pero pocos aquellos que dan el resultado que uno se propone; todos mejoran, pero no todos curan; y el que me propongo recomendar, creo sin duda alguna, está llamado á ser el único tratamiento curador. Voy á ocuparme de la uretrotomía por el procedimiento de Otis; no haré con esto más que contribuir á la generalización de un procedimiento que por primera vez he visto emplear á mi maestro el Dr. R. Macías.

Para alcanzar esto, tengo que seguir algún método, y me propongo será aquel que lógicamente nos lleve al fin deseado, haciendo para su estudio, como para su mayor claridad, la siguiente división: Causas de los estrechamientos; sitio y extensión; inconvenientes de la uretrotomía por el método de Maisonneuve—ésta como primer tiempo de la operación y nunca como operación radical;—y por último, el procedimiento de Otis y sus ventajas.

Las causas más frecuentes que dan lugar á los estrechamientos, son: la blenorragia, la ruptura ó contusiones de la uretra y por último, los chancros uretrales.

La primera es la más frecuente; ya sea la uretritis simple ó específica, siempre obra de la misma manera, aunque no siempre da lugar á las mismas terminaciones.

Si interrogamos á nuestros enfermos, vemos en su historia patológica figurar no uno—y esto es raro— sino varios ataques blenorrágicos que por lo general, son de larga duración, y los que hemos tenido práctica en esta clase de enfermedades, hemos notado lo rebelde al tratamiento y lo largo de su curación.

Pero cómo ha obrado este proceso? Como obran en lo general las inflamaciones; limitando su acción al principio á la mucosa uretral, atacando su epitelio, descamándolo, aumentando su vascularización é infiltrando el tejido sub-epitelial. Esta acción no se limita allí, mas que en los casos sobre agudos y de corta duración; pues sus efectos son llevados hasta el tejido que rodea á la uretra, transformándolo en último resultado en un tejido esclerosado, retráctil, haciendo que la uretra ya no sea un canal elástico, sino un tubo resistente y duro.

Las rupturas y contusiones obran casi lo mismo; pues si la desgarradura es vasta, la cicatriz que se forma tiene la tendencia á retraerse y por tanto, á disminuir la luz del canal.

Los chancros son pocos comunes, pero no por esto dejan de ser la causa algunas veces, de estrechamientos, y éstos sobre todo, cuando se desarrollan en su lugar, diremos, casi de elección, al nivel de la fosa navicular, adelante ó atrás; entonces tenemos el proceso cicatricial dando lugar á las mismas condiciones que el anterior.

Nada diré de los estrechamientos llamados espasmódicos, pues no son estrechamientos; para que así se les llamara, sería necesario que la causa que los produce fuera persistente, y ésta no lo es.

Una vez que hemos visto las causas de los estrechamientos, nos ocuparemos de su sitio y extensión; pues como veremos, es el punto más capital que ha de tenerse en cuenta al intentar cualquiera clase de operación; es la clave de las indicaciones de la uretrotomía interna ó externa.

Unos estrechamientos solamente se localizan en la por-

ción esponjosa ó peneana y otros en las partes profundas (membranosa y prostática); unos son temporales y otros definitivos, subdividiéndose este último grupo en otros dos.

Los temporales están caracterizados por la hipertrofia de los vasos y de las celdillas que tapizan el canal, y por que una vez terminado el proceso inflamatorio, termina el estrechamiento; á estos bien pudiéramos llamarles estrechamientos flogísticos.

Los definitivos son aquellos que están formados por tejido fibroso resistente, permanente y que reconocen por causa una serie de accidentes flogísticos, uretritis. La segunda división de este grupo está formada por aquellos estrechamientos en los cuales la esclerosis no se limita á la luz del canal, sino que invade todo su espesor y aún los tejidos que lo circunscriben, presentando las infiltraciones y todos los síntomas alarmantes que acompañan á estos casos.

En algunos, hay sólo un estrechamiento, observándose esto de preferencia en los producidos por desgarradura del canal, ó por la cicatrización del chancro; los blenorrágicos no son únicos, casi siempre múltiples, forman lo que se designa con el nombre de estrechamientos en rosario, pues tal es la sensación que da la uretra al hacer su palpación. No sólo son múltiples en una sola región; en lo general—y esto no es exageración—los estrechamientos comienzan desde el meato hasta el cuello vesical, conservando unas veces partes sanas entre cada uno de ellos, en tanto que en otros, todo el canal está esclerosado.

Por esto vemos, cuán necesario es hacer el diagnóstico de sitio y extensión, para poder dar el pronóstico é indicar el medio al cual recurriremos para su curación. No tienen el mismo pronóstico los estrechamientos que hemos llamado flogísticos, que aquellos en los cuales las alteraciones son profundas; benigno en el primer caso, toma siempre más gravedad en el segundo; curará el pri-

mero más facilmente y sin operación sangrante, en tanto que el segundo siempre necesitará el cuchillo que hace desaparecer los estrechos que estorban el libre curso de la orina.

Si varía el pronóstico, con cuanta más razón no variará el tratamiento. No haremos, ni siquiera intentaremos la uretrotomía ni la dilatación, como algunos quieren ó lo hacen, y éstos no son pocos, en aquellos casos en que se trata de un estrechamiento flogístico; en éstos, es verdad que se detiene algunas veces la orina, pero no por tal causa está indicada la uretrotomía; está, y esto es digno de fijarse, hacer primero la exploración, pero no empleando nunca para tal objeto candelilla alguna, y sí siempre los exploradores olivares, ó sondas el metálicas y gruesas, pues seguro estoy que á ninguno ha dejado de sucederle que explorando con la candelilla haya creido encontrar estrechez en casos en que solamente por el enrollamiento de la candelilla, ó por la dificultad que encuentra en el hinchamiento que produce toda inflamación, no haya podido pasar. Con cuánta sorpresa ha sucedido que otro Cirujano en presencia de aquel que creia un estrechamiento infranqueable, haya pasado sin gran dificultad un explorador ó una sonda, dando salida inmediatamente á la orina, y quitando por solo este hecho, la idea de practicar la punción de la vejiga ó la uretrotomía. La práctica aconseja que en semejantes casos se haga uso de la contemporización ayudada de medicamentos que expelidos por la orina, obren ó como antisépticos, salol, ácido bórico ó como balsámicos, copaiba, cubeba, sándalo, ácido benzoico; á todo esto unido un tratamiento local, inyecciones boricadas y de aceite con salol é indol al 4 p%. Si este tratamiento no es bastante para hacer desaparecer estos estrechamientos, entonces sí emplearemos la dilatación *intermitente* y no continua, pues continuada despierta el padecimiento flogístico. La dilatación se hará con sondas metálicas, desechando las de Beniquet por lo sucio del metal, recomen-

dando las americanas por su limpieza y fácil desinfección.

La otra clase de estrechamientos reclama para su curacion, la operación sangrante, es decir, la uretromìa interna si los estrechamientos se hallan situados solo en la porcion esponjosa, daremos después sus razones; y la uretromía externa en aquellos casos en que se encuentran situados en la porción profunda.

Medios más ó menos perfectos se han empleado con tal fin; contamos con la uretrotomía por el procedimiento de Maisonneuve, con el de Tompson y con el que llamamos radical, el de Otis. ~~y Maisonneuve~~.

No veo que sean radicales los efectos del procedimiento de Thompson, ni los del de Maisonneuve. En el de Thompson, está puesto el cuchillo á la voluntad del Cirujano y no puede siempre destruir por completo el estrecho; en el de Maisonneuve, pocas son las ventajas para los muchos inconvenientes y peligros que presenta; analizándolo, veremos desde luego que la curación no es radical pues los estrechamientos se reproducen; sabido de todos es esto, pues enfermos que han sido operados por primera vez, por este método, á los pocos meses vuelven con sus estrechamientos en peores circunstancias, una vez que se ha añadido á la causa que los produjo, la retracción cicatricial que ha sobrevenido. Pero no es este el único inconveniente; para obtener mejoría es necesario que el enfermo sea vil siervo de la sonda, que se sondee por lo menos, una vez á la semana. Este servilismo, ¿qué ventajas le trae? Ninguna, pues si deja de sondearse, se reproduce su estrechamiento, y el tiempo que ha empleado se ha perdido en esperanzas fútiles. Si fueran estos los únicos inconvenientes podriamos pasar, pero por desgracia hay otros de gran trascendencia; el cuchillo corta en una gran extensión, pues toda la lámina es cortante y solo deja de serlo en la parte superior que está embotada, roma, si es de un centímetro el corte será de poco menos de nueve mílimetros y ésto ¿que ventajas trae? Ninguna; antes bien inconvenientes, pues abre una

vía donde no existía y por tanto un punto á la infección; corta en nueve milímetros y á pesar de ello, no corta todo el estrechamiento, pues deja siempre una brida en la periferia de éste. No es este el último inconveniente; el más grave de todos es la hemorragia producida por la herida de partes tan vasculares, como son las que rodean á la uretra profunda, esta hemorragia ha sido en algunos casos tan grave que ha causado la muerte en algunas horas, sin que el Cirujano haya podido hacer algo por detener esa sangre que ha provenido de la herida de vasos de semejante importancia. Cirujanos de alguna práctica han sido víctimas de tan fatales resultados. Cuando se ha llevado el cuchillo del uretrotomo hasta el cuello de la vejiga, se han producido en algunos casos hemorragias internas de alguna consideración; éstas, ó han sido mortales ó han dejado á los enfermos en condiciones bien tristes; por último la vasta vía que produce el cuchillo, es el punto de absorción, el punto de infección, es por donde penetran las materias excrementiciales que expelidas por la orina, son tomadas por la herida, de aquí llevadas al torrente general de la circulación y con esto los gérmenes de la infección general y los accidentes de la fiebre urinosa.

Por sólo esto vemos cuántos son sus inconvenientes; á pesar de esto, sólo debemos considerarla como el primer tiempo de la operación de Otis, y de ninguna manera como operación radical; basta sólo tener presentes los inconvenientes que hemos señalado, para ver que tal procedimiento no puede de ninguna manera llamarse radical; pues para serlo debía ser definitivo el resultado que diera, y no siéndolo, no puede llamarse así. Como primer tiempo sí podemos considerarlo, una vez que para pasar los estrechamientos exagerados, tenemos necesidad de la candelilla, conductor y cuchillo, empleando siempre el más pequeño con el objeto de que abra una vía al dilatador de Otis; para tal resultado, siempre recurrimos á estos instrumentos y como son propios al uretrotomo

de Maisonneuve, bien podemos llamar á este procedimiento primer tiempo de la operación que nos proponemos pero tan sólo en este tiempo apreciamos sus ventajas, una vez que nos ayuda al fin que deseamos; como tal medio, sí lo recomendamos, pues es el unico que abre paso á los instrumentos mencionados.

Patentizaremos más aún, al describir el procedimiento de Otis, las ventajas que la uretrotomía por el de Maisonneuve tiene, lo repetimos, como primer tiempo de aquella operación y nunca como operación radical.

Para entrar á la descripción del procedimiento de Otis, á la cual he consagrado estos mis esfuerzos, tengo que señalar los casos en que la haremos interna, así como aquellos en que está indicada la éxterna.

La uretromía interna es la única que pone al canal en las condiciones primitivas que tenía y sólo la debemos hacer en aquellos casos en que dichos estrechamientos están situados en la porción esponjosa; obteniéndose la curación radical, siguiendo este procedimiento, sin los peligros tan serios de la hemorragia y de la infiltración; vemos cuán inocente es ella con la desaparición de estas dos complicaciones, y con cuánto gusto ven los enfermos que por tan sencillo medio han desaparecido las molestias que tenían.

No podemos hacer esta misma operación cuando los estrechamientos ocupan las partes profundas; entonces aparece el riesgo de la hemorragia y el pelígro de la infección; ya no podemos pensar en la uretrotomía interna y sí en la externa que nos pone al abrigo de estos accidentes. Por este medio y á favor del ojal perineal, tenemos una amplia canalización y los materiales llevados por la orina no pueden ser tomados de ninguna manera por los vasos y llevados á los tejidos para que den lugar á ese cuadro que llamamos infiltración urinosa. Los coágulos tienen libre salida y no experimentarán la descomposición en el interior de la vejiga; la sangre que pudiera venir de la herida de los vasos, es detenida por

los tubos de canalización que hacen el oficio de tapón directo de aquellos, obrando por esta razón como hemostáticos. Son estas las ventajas que presenta la uretrotomía externa en los casos de estrechamientos profundos.

Día á día se comprueban los ningunos inconvenientes á que da lugar el ojal perineal, su benignidad y los brillantes resultados que da en el curso de las operaciones á que se aplica.

No es la única indicación ésta: en aquellos casos en que á la presencia de estrechamientos profundos, se añade el mal estado de las partes que rodean á la uretra, en donde contemos además con la periuretritis, las fístulas del perineo, la esfacele y gangrena del escroto, entonces como en el caso anterior, se impone la uretrotomía externa, no sola, acompañada de la operación preliminar que hará por poner el canal con respecto á las partes que lo rodean, en condiciones que se aproximen á las fisiológicas, ya que no se podrá ponerla en el estado normal, que es lo que convendría; en este caso, el Cirujano hará la disección cuidadosa de las fístulas como si se tratara de ellas solas, resecará todo aquel tejido nodular que rodea á la uretra, ó hará lo que D'Outrepont recomendaba y que en sus manos ha dado tan buenos resultados: extirpar en forma de huso toda la porción esclerosada. Una vez esto terminado, ya se podrá hacer el ojal y curar dichas heridas con la mayor escrupulosidad que el método antiséptico recomienda en tales casos. El Cirujano, siguiendo en todo, lo que antes hemos dicho, tendrá más esperanzas de alcanzar un feliz éxito.

No es el único caso este: no hemos podido preparar á nuestro enfermo á fin de que la orina sea lo más que se pueda, inocente á la herida; ¿qué practicaremos entonces? Se nos impone la uretrotomía externa, una vez que el peligro más grande que podría venirnos, es el de la infección, pero por fortuna, contamos, para evitar dicho peligro, con aquellos medicamentos que administrándolos y al ser expelidos con los líquidos urinarios, obran como

antisépticos, por accion directa ó descomponiéndose; entre estos medicamentos tenemos el salol, el ácido bórico, el ácido benzoico, el sándalo amarillo, &.

No me detengo á dar las razones que me obligan á considerar el porqué de esta precaución, pues por fortuna, de todos Uds. son bien conocidos los efectos bienhechores de la antisepsia. Todos Uds. se han esforzado en hacernos comprender las grandísimas ventajas que han traido á la Cirugía moderna los grandiosos descubrimientos del Cirujano Inglés; efectos que se patentizan día á día con la desaparición de aquellas infecciones que comunes, ó por lo menos muy frecuentes en otros tiempos, han desaparecido digamos, por completo, pues ahora sí por rareza se tiene la oportunidad de observar el cuadro aterrador de la septisemia ó la podredumbre de hospital.

Resumiendo nuestras indicaciones diremos que la uretrotomía interna esta indicada en los casos de estrechamientos situados en la porción esponjosa ó cuando hayamos preparado á nuestro enfermo, como antes dijimos; y haremos de preferencia la externa, combinada con aquella, en los casos en que los estrechamientos estén situados en el cuello del bulbo, en la porción membranosa; cuando con estrechez haya periuretritis, fistulas ó esclerosis del tejido perineal, ó cuando á pesar de tratarse de una estrechez situada en la porción esponjosa, el enfermo no esté preparado y la operación urja, pues en todos casos, más vale pecar por escrupuloso que el que se le achaquen á uno las complicaciones ó la muerte del enfermo.

Fácilmente podiamos entrar en la descripción del procedimiento operatorio; pero faltándonos considerar uno de los argumentos poderosos con que ha contado el Cirujano Americano para emprender su operación, creemos estar en la obligación de indicar aquello que entre nosotros se ha emprendido, para aceptar ó desechar las ideas de este ilustre Cirujano.

No tomaré nada de los trabajos anteriores al año de 85, siendo así que si bien haya sido conocida dicha ope-

ración, no había sido aceptada, ó si tal, poco se había emprendido para su generalización; no es sino en el año de 85 cuando vemos indicada esta operación en el trabajo de concurso del Dr. Ramón Macías; en él se señalan y aún se aconsejan los casos de su oportuna indicación. Pero no es esto lo suficiente, podíamos decir que este método no se ha emprendido tal como lo hace su autor, si no es á la vuelta del viaje del Dr. R. Macías á Nueva York; desde entonces es cuando he tenido en mi mente sus buenos resultados y sus ventajas, pues casi me atrevería á decir que la he considerado como la bienhechora de la humanidad. Está basada en datos de medición y en hechos de observación; está basada en el conocimiento perfecto de las dimensiones del canal en el estado fisiológico y en las relaciones que éste guarda con el diámetro del pene. Otis no ha hecho mediciones en unos diez ó veine individuos, las ha hecho en quinientos y así ya la media tiene para nosotros mayor aceptación y mayor razón de certidumbre. Por este medio, dicho Cirujano ha llegado á indicar la relación que guardan las dimensiones de la uretra con las de la circunferencia del pene; por ellas se deduce que para un pene de cierto calibre, corresponde una uretra de ciertas dimensiones, él nos indica que la unidad de medida no es media, que no es uniforme, sino que cambia, como cambian las dimensiones del pene en los diferentes individuos. La uretra si tiene las mismas funciones en todos los hombres, no por esto en todos ellos guarda los mismos tamaños; hay variedad en los tipos, la hay en las razas y la hay en las dimensiones de este canal; no es untubo que debe tener según la edad, tantos milímetros de diámetro; no, no es esto; es un tubo que varía con cada individuo, guardando relación siempre constante con el desarrollo á que puede llegar el pene.

Con este conocimiento, ya no diremos: la uretra para ser fisiológica debe tener tantos milímetros, debe dejar pasar libremente la sonda número tantos; ya no daremos

tanta fé al dato de Boyer que dice que todo canal debe tener treinta y dos milímetros de circunferencía; no conservaremos sino por recuerdo, el dato de Malgaigne en que nos indica que dicho canal tiene 0m. 016; todo esto lo consideramos como un recuerdo de los trabajos emprendidos por estas notabilidades, como un recuerdo que nos patentiza el afán que se tenía para obtener un dato cierto y preciso, á fin de combatir las dificultades que por falta de acuerdo en estas medidas, se presentaban. Tales cirujanos dieron á conocer todas las ventajas que presta este conocimiento para las operaciones que se emprenden y para alcanzar la curación de tan terrible mal.

Guyon, Tillaux y Curtis nos dicen que debemos considerar como normal toda uretra que deje pasar libremente un explorador de 0m. 0 24, ó una sonda núm. 48 de Béniqué que es á lo que corresponde. Esto nos lo dicen maestros; pero, ya para nosotros no influye en nuestro ánimo; si recordamos sus datos, no por esto nos hacemos sus partidarios, una vez que como hemos dicho, no hay uretra, sino uretras, variando esto de un individuo á otro.

Los Ingleses, entre los que contamos á la cabeza á Harrison, Berckley, Hill y Thompson, creen que será normal en Inglaterra toda uretra que admita una sonda de 0m. 030. de diámetro, recordando que por muchos años se admitió como normal aquellas en que pasaba el núm. 12 de su escala, que equivale al núm. 21 de la francesa.

Fessenden N. Otis, Mastin, Pease, sostienen que ninguna de estas cífras debe tomarse como límite extremo al calibre de la uretra, pues como dije, midieron quinientas y llegaron á obtener como medio 0m. 026 á 0m. 040 de circunferencia.

En México se ha emprendido un estudio á este respecto, estudio llevado á cabo por el Dr. Ramón Macías, entonces Profesor de la Clínica mixta, con enfermos del Hospital Militar. En su tesis de concurso y en sus apuntamientos he encontrado que entre nosotros hay variacio-

nes con respecto á los datos de Otis, y se comprende, toda vez que variamos en raza; el pene entre nosotros tiene como término medio 0m. 08 de longitud y 0m. 07 de circunferencia. El meato es la parte más estrecha, pues como se hizo entonces, bastaba debridarle para que el canal se dejara recorrer por un catéter que hubiérase dicho, visto el obstáculo que presentaba á franquear el meato, que no recorrería el canal; por este hecho hay acuerdo con Otis en creer que la fosa navicular es una dilatación consecutiva al estrechamiento primitivo del meato.

Se notó igualmente que la uretra que no ha sufrido ningún ataque blenorrágico, se deja recorrer sin presentar tropiezo alguno, hasta debajo del pubis, por el explorador.

Mas la atención fué mayor cuando se notó que la cifra 0m. 14 es casi la media constante del meato á la parte membranosa, siendo por esto casi imposible el dejar de considerarla como media en penes de 0m. 07 á 0m. 09 de largo.

El procedimiento que se empleó para su medición fué muy sencillo y bastante clínico, una vez que el tacto indicaba las diferentes regiones; tomando el explorador con la mano derecha, el pene con la izquierda y procediendo con suavidad, se tiene: 1° La distancia del meato á la fosa navicular, extensión de 0m. 01. Este es el primer tropiezo, se pasa, y déjase recorrer la uretra en una extensión de 0m. 13 á 0m. 14; esto corresponde á la porción esponjosa; aquí se tiene el segundo tropiezo, se vence y se pasa sin encontrar ningún obstáculo, toda la región membranosa y la prostática, recorriéndo el canal en unos 0m. 02, llegándose al fin, al cuello de la vejiga. Todo esto hecho con un explorador graduado y ratificando al sacarlo y recibiendo, de nuevo las impresiones, ha sido el medio sencillísimo de obtener los datos antes mencionados.

Por esto vemos cuánta ha sido la rázon de nuestra division al considerar el sitio de los estrechamientos se-

gún estas regiones. No hay mejor clasificación clínica que la siguiente: Porción esponjosa ó superficial, y profunda (membranosa y prostática) sus funciones son diferentes y diferentes las indicaciones operatorias que hay que llenar, según sea la porción atacada de estrechamientos.

Otis nos indicó, como lo hemos antes dicho, la relación que guarda el calibre de la uretra con el espesor del pene, y obtuvo como media de sus quinientas observaciones, que para un pene que tenga en el estado de flaxidez tres pulgadas inglesas de circunferencia, ó sean 0m. 075. contados atrás de la cabeza del glande, corresponde una uretra de 0m. 030 de circunferencia. Ahora bien, como aumenta ó disminuye el diámetro del pene, propone que cada vez que haya un amento de un cuarto de pulgada, ó sean 0m. 006, deben corresponder á la uretra 0m. 002 más de amplitud. Esto que decimos en el aumento, lo aplicamos en el caso contrario; á diminución de un cuarto, su correspondiente, 0m. 002.

El instrumental operatorio que debe tenerse para emprender la uretrotomía, es el siguiente: la escala de Otis, pues es de ella de donde tomamos los datos para llevar la dilatación á cierto grado, así como es la que sirve para elegir la oliva ó el catéter que debe recorrer la uretra; el cuchillo de Pfeufer ó cualquier meatomo; el uretrotomo de Maisonneuve, el dilatador y uretrotòmo de Otis, y el juego de olivas ysondas de este Cirujano, por lo menos hasta el número 36 ó 40.

Suponemos que nuestro enfermo se halla en las mejores condiciónes antisépticas, que hemos podido mandarlo bañar, que se le han ministrado aquellos medicamentos que obran sobre la secreción urinosa haciéndola asèptica. Cloroformado nuestro enfermo, hacemos el lavado minucioso de las regiones peneana y perineal, razurando esta última en los casos en que tengamos que hacer la uretrotomía interna combinada con la externa. Una vez en este estado de aseo, medimos la circunferencia

del pene con un hilo de seda fenicada; siempre debe hacerse esta medición atrás de la corona del glande como dijimos, y se comprende la razón: esta medida la llevamos sobre la escala de Otis, de donde, como hemos dicho, sacamos el grado á que hemos de llevar la dilatación y el corte, para obtener el resultado que nos proponemos.

Principiamos haciendo el corte del meato, sirviéndonos del cuchillo de Pfeufer ó de un bisturí cualquiera, una vez que nos proponemos con esto dar amplio paso á nuestros instrumentos destruyendo el primer tropiezo que encontramos para el libre curso de las olivas ó sondas. Ya verifiado esto, nos valemos del uretrotomo de Maisonneuve que nos ayuda á facilitar el paso por porciones en que, sin esta operación preliminar, sería imposible; el modo de emplear dicho instrumento es el mismo que si nos propusieramos hacer la uretrotomía por este método: pasamos la candelilla, atornillamos el conductor y fijando éste, hacemos recorrer su cuchillo por la porción esponjosa solamente; por este medio se cortan los estrechamientos que aquí se encuentran y se facilita el paso de los instrumentos de Otis.

Por esto se ve que sí tenemos razón en considerar el procedimiento de Maisonneuve como el primer tiempo de aquella operación.

Quitados estos instrumentos, hacemos pasar el uretromo de Otis prefiriendo el recto. Dos son los uretromos de Otis, uno curvo y otro recto: el curvo se encuentra completamente desechado por su autor y solo se sirve del recto que es el que recomienda; las razones porque lo prefiere nos son conocidas y no haré mas que repetir lo sabido: el uretromo se lleva solamente hasta la porción membranosa sin pasarlo, y como esta región es recta, no se encuentra ninguna ventaja en emplear el curvo; igualmente ha desechado su primer cuchillo que no tenía ninguna diferencia con el de Maisonneuve.

El uretromo de Otis está formado por dos láminas que

se separan á paso de tornillo; la distancia que así se obtiene se marca por un índice que gira sobre un cuadrante marcado desde el 15 al 40, y que representa en milímetros la dilatación á que se llevan las láminas; éstas no se pueden juntar por ningún motivo sin el juego del tornillo, porque llevan unas barras fijas á la cara interna de las láminas del dilatador, é impiden al levantarse la aproximación de sus partes. El cuchillo de este uretrotomo consiste en una lámina en forma de lanza, cuyos ángulos están redondeados, y fija por la punta á un tallo que forma. el resto de él; el cuchillo al girar, corta los tejidos en una profundidad de 0m. 002 y sólo cuando se le imprime el movimiento de va y ven; pues sin esto se encuentra oculto por completo en la ranura que lleva sobre la cara superior el uretrotomo.

Colocado el uretrotomo dentro de la uretra, se comienza por hacer la dilatación hasta el grado que hayamos sacado en relación con el calibre del pene; una vez fijo, se coloca el cuchillo, é imprimiendo el movimiento de va y ven, cortamos los estrechamientos; inmediatamente sacamos el cuchillo, así como el uretrotomo, pero dilatado para sustituirlo con la oliva ó sonda antes elegida. Esto es lo que se hace en la uretrotomía interna.

En la externa, combinada con la interna, es de rigor practicar primero la externa, por las razones antes mencionadas. Se principia por el ojal, para que una vez teniendo una vía de escape la orina y otro curso diferente, no se corra el peligro de la infección por el paso de ella á través de la región membranosa.

El ojal se hará precisamente á 0m. 02 arriba del esfíncter y sobre la línea media, siguiendo el rafe; la incisión será de 0m. 025 á 0m. 03, para dar espacio suficiente al paso del dedo explorador ó de los instrumentos. Cortadas todas las partes blandas hasta la uretra, se la punciona con el bisturí, sobre la ranura del catéter; esta punción se agranda ligeramente, con el bisturí hácia arriba ó abajo pero sin separarse del conductor; por desgra-

cia no siempre se podrá hacer esto pues hay casos en que se tiene que operar sin conductor. Quitando el catéter se lleva inmediatamente por el ojal, el dilatador; se abre hasta cierto grado y se saca conservando su dilatación; esto tiene por objeto abrir una amplia vía á la orina, así como para que el dedo al explorar las paredes vesicales, no maltrate los tejidos á su paso.

Terminado esto, se hace la uretrotomía interna como antes hemos dicho, y sin los peligros señalados. Inmediatamente despues, se canaliza la vejiga con un tubo grueso, fijándolo con un alfiler de seguridad á los labios del ojal; despues se espolvorea iodoformo, se ponen gasa fenicada y un empaque de algodón salicilado y se sujeta todo con una venda en T; al glande se le pone la misma curación.

La orina, á favor del canalizador, sale á medida que llega, y escurre gota á gota, no pasando nada por su vía normal. Los lavatorios boricados que se hicieron, una vez terminado el ojal, se repiten por la tarde para que los coágulos ó la sangre que hubiera podido llegar á la vejiga, no sufra descomposición alguna y sea el punto de partida de la reacción febril. Siguiendo estos cuidados, he podido ver que los operados no han tenido elevación de temperatura ni en el día de su operación, ni en los subsecuentes.

La hemorragia no es de temerse, salvo el caso en que se haya herido la arteria transversa del perineo, al practicar el ojal; pues de otra manera, la sangre que da la herida de las partes del canal urinario es poca y de ninguna importancia.

Dos dias despues de operado se pasa la sonda que le corresponde, y al tercero se quitan los tubos del ojal; se lava éste con soluciones antisépticas y se le pone su curación correspondiente. Desde ese momento vuelve la orina á recobrar su antigua vía y no se deja al enfermo en este estado, sino que se le sondea cada tres dias hasta su completa curación.

Por este sencillo medio los enfermos han salido del Hospital completamente curados, siendo el máximun de duración de dicho tratamiento treintadias. La uretra ha dado fácil paso á la sonda que le corresponde, asì como el chorro de la orina ha vuelto á tomar sus dimensiones primitivas—guardando su forma normal. Por esto vemos cuántas ventajas trae este procedimiento comparado con los demás; cuántos éxitos tendrá, una vez que nuestros Cirujanos se posesionen de él y tal vez llegaremos á tenerlo como el medio curador por excelencia. Por desgracia no nos ayuda en este caso la estadística; la lógica de los números siempre es el voto aprobatorio ó reprobatorio, pero aquí no podemos contar con ella una vez que los casos que tenemos son pocos y de ninguna manera en número suficiente para confirmar los buenos resultados del método; esta operación es naciente entre nosotros, y como tal, nos vemos obligados á recurrir á las estadísticas de Otis y sus discípulos, en donde encontramos un número de resultados satisfactorios comparable con el de operados: juzgando por ellos, se obtiene el 100 por 100 de resultados satisfactorios. El tiempo entre nosotros, nos pondrá de manifiesto la verdad que antes me he esforzado en demostrar. Las observaciones que adjunto son pocas, pero en cambio muy satisfactorias.

OBSERVACIONES.

I.

Hospital de San Andres—Sala de Cirujía Mayor.—Cama núm. 3—Vicente Sanchez, de Puebla, de 34 añoe y de oficio tejedor. Entró al Hospital el 12 de Septiembrs de 1891.

Interrogatorio. El enfermo se queja de una bola que

lleva en el perineo y dice haberle aparecido á consecuencia de un sentón sobre una tabla; dicho tumor ha crecido desde el momento que se dió el golpe y en la actualidad le molesta demasiado. Refiere además punzadas y dolor, así como un ligero malestar; ha tenido cuatro purgaciones que le han durado algún tiempo, no pudiendo precisar cuánto; el chorro de la orina ha esperimentado modificaciones en cuanto al calibre y forma, pues refiere ser éste en espiral; tiene además dificultades para la micción.

A la exploración se encontró un absceso situado en el perineo, dirigido de adelante á atras, con un diámetro entero posterior de 0m., 06, por uno transverso de 0m. 04; fluctuante y de forma ovoidea. La exploración de la uretra dió tres estrechamíentos situados, el 1° atrás del meato, el 2° á 0m.04 atrás y el 3° á 0m; 12. Al siguiente dia, el enfermo tuvo calosfrios repetidos y elevación de temperatura.

El dia 13 se procedió á operarlo. Teniendo todos los instrumentos necesarios y colocado al enfermo en postura toconómica, se comenzó abriendo el absceso; lavado éste y desinfectada su cavidad, se procedió á hacer el ojal, principiando por practicar la uretrotomía por el procedimiento de Maisonneuve, para poder pasar el cateter acanalado; hecho el ojal, se hizo la uretrotomía por el método de Otis, llevando la dilatación hasta el núm 16; una vez verificado, se canalizó la vejiga con un tubo y se colocó un apósito antiséptico, como hemos dicho.—Por la tarde de este dia su estado era satisfactorio y su temperatura de 37°—El dia 14 se cambió la curación y se le pasaron las sondas núm. 17 y 18 sin ninguna dificultad. —El dia 15 se le quitaron los tubos de canalización y se le cambió su apósito.—El 16 tuvo reacción febril, llegando el termómetro á 38° 5; inmediatamente se le hicieron lavatorios boricados y se le prescribió sulfato de quinina; desde esta fecha hasta el dia 10 de Octubre, la temperatura no ha pasado de 37° y se le ha sondeado con los num. 17 y 18, cada 3 dias; su orina sale con facilidad y el

chorro es grueso.—Es dado de alta en el antorior estado, el dia 12 del mismo mesde Octubre.

II.

Hospital de San Andres.—Sala de Cirujía Mayor Cama núm. 18—Bartolo Bolaños de 36 años y de oficio zapatero. Entró á este Hospital el 29 de Abril de 1891.

Interrogado, dijo que el dia 19 del mismo mes sintiendo necesidad de orinar y hacerlo frecuentemente, tuvo después de una de las micciones un ardor fuerte en el perineo y que al buscar la causa, se encontró con una tumefacción que fué creciendo poco á poco, al mismo tiempo fué atacado de calosfrios, calentura y un abundante sudor que le ha molestado hasta la fecha; siendo de preferencia por la tarde y en la noche; pudiendo verificarse la micción y la defecación aunque con ardor, hasta el dia 23, fecha en que ya no pudo verificarlo.—Dice haber padecido 3 blenorragias; la 1ª á los 16 años y le duró dos meses, la 2ª á los 22 años y le duró 4 meses, y la última á los 28; desde esta fecha no ha podido sanar pues uno que otro dia es cuando ha dejado de escurrirle; refiere igualmente que á los 8 dias de la última blnorragia tuvo dos incordios que se le supuraron y duraron mucho tiempo en este estado.

Explorando al enfermo se encontró en el perineo una tumefacción arredondeada, ligeramente alargada en el sentido ántero-posterior, de color rojo sombrío, dolorosa á la presión y fluctuante; durante esta exploración el termómetro marcó 38° 1.—Al explorar la uretra se encontraron 3 estrechamientos situados dos de ellos en la porción superficial y el otro en la profunda, al nivel del cuello del bulbo; por estos datos se diagnosticó estrechamientos é infiltración urinosa.

Procediendo á operarlo, se aseó; y cloroformado, se hizo primero la abertura del tumor, cortando piel, tejido selular y aponeurosis superficial del perineo; inmediata-

mente se cayó al foco y salió un puz pardusco y de mal olor, que fué proyectado con fuerza; salido éste, se lavó el foco, que era anfractuoso, con solución de bicloruro al uno por mil; metiendo el dedo se encontraron varios trayectos, así como una desgarradura de la uretra en su pared inferior; se amplió esta desgarradura para simular ojal y al llegar á la vejiga se dió salida á una orina sedimentosa y de mal olor; se lavó ésta con solución bórica al 4 p.%. Se procedió á la uretrotomía por el procedimiento de Otis haciendo la dilatación hasta el número 31—Una vez terminada esta operación, se canalizó la vejiga repitiendo su lavado con la solución bórica hasta que esta salió limpia; inmediatamente se puso su apósito antiséptico.

Desde el dia de su operación, 1º de Mayo, hasta el 15 del mismo, su temperatura fué de 37° á 37º 5; durante todo este tiempo se le curó diariamente y se le hicieron sus lavatorios boricados; al tercer dia de operado se quitó el tubo canalizador y se empezó á sondear al enfermo cada 3 dias. El 7 de Mayo la temperatura subió á 39°, y creyéndose que esto era debido probablemente á alguna desgarradura producida tal vez por el practicante que lo había sondeado, se abrió de nuevo el ojal, se repitieron los lavatorios y se quitó el tubo á los 3 dias; desde entonces no hubo ningún contratiempo, cicatrizándose en muy poco tiempo el ojal y conservando la uretra el calibre que se le habia dado, se sondeó al enfermo cada 3 dias y el 15 de Mayo fué dado de alta curado del padecimiento que lo obligó á ocupar una cama en este establecimiento.

III.

Hospital de San Andres.- Sala de Cirujía Mayor—Cama num. 3.- Vicente Barrera, de 34 años de edad.—Entró á éste el dia 6 de Abril de 1891.

Interrogatorio.—A principios de Enero del presente

año notó que se le inflamaba el perineo y que el chorro de la orina era muy delgado y que salia sin fuerza. habiéndosele formado en la región antes dicha una fístula por la que salia la orina.—En sus antecedentes refiere haber padecido dos hemorragias, la primera hace 20 años, durándole seis meses y la segunda el mes de Diciembre del año de 1891.

Exploración—A la inspección pudo comprobarse la existencia de la fístula y los fenómenos antes mencionados.—Por el catéter se encontraron dos estrechamientos situados: el 1er. á 0m. 10 del meato y el 2. ° al nivel de la región membranosa.—Por esto se hizo el diagnóstico de dos estrechamientos y fístula urinaria.

El 21 del mismo mes se procedió á operarlo comenzando por el ojal, haciendo una incisión externa de 0m-05 de extensión, inmediatamente se le hizo la uretrotomía interna por el procedimiento de Otis ayudada comprimer tiempo, por la de Maisonneuve; se llevó la dilatación hasta el núm. 30 y se pasó la sonda de igual número, se procedió terminado esto, á canalizar la vejiga, siendo la operación casi en blanco pues apenas dió mas sangre la herida del meato, el hacer la meatotomía.

En la noche de operado el enfermo tuvo 37° 6 y durmió bien; al tercer dia de operado se le quitó el tubo de canalización y se pasaron por el canal las sondas números 28, 29 y30 de la escala de Otis, por la noche de este dia tuvo 38° y un poco de calosfrio, saliéndole la orina por el ojal y el meato.

La temperatura persistió hasta la mañana del dia 24 en que fué de 38° 5 subiendo en la noche de este dia á 39°, inmediatamente se le administró un diaforético, bajando la temperatura al siguiente dia.

El dia 25 y el 28 se volvieron á pasar los números 28, 29 y 30 de Otis continuando la cicatriz del ojal y volviendo á recorrer la orina su antigua vía.

Hasta el 6 de Mayo su estado era satisfactorio; pero al pasar la visita se quejó de un dolor en el perineo y la

presencia de una tumefaccion; reconocida ésta y encontrando pus, se le dió salida por medio de una incisión vertical; no obstante este estado, se continuo pasando cada tercer dia las sondas antes dichas, así como se ha curado el ojal obteniendo su completa cicatrización.

El 8 de Junio es dado de alta el enfermo completamente sano de sus males, pasando con facilidad por su canal el núm. 30 de la escala de Otis.

IV.

Sr. $C_{***}K_{***}$.—(*Observación de la clientela particular del Dr. Regino Gonzalez.*)—Diagnóstico. Tres estrechamientos que solo dejan pasar una candelilla con dificultad. Antecedentes: una blenorragía hace 20 años que le duró cuatro meses, otra hace 18 años y le duro dos meses, la última hace 7 años y le duró un mes.

A principios del año de 1891, comenzó á tener ardor frecuente á la micción, y para arrojar la orina necesita hacer mucho esfuerzo; en Septiembre la orina trajo muco-pus, en Diciembre 10 ví al enfermo.—Tiene calentura, supura su uretra, hay dolor en la próstata y mea en cuclillas, en pequeñas cantidades y con mucho dolor. El dia 11 de Diciembre de 1891 fué operado; con dificultad pasamos la candelilla conductora é hicimos el corte con el cuchillo de Maisonneuve y después con el uretrotomo de Otis, dilatando hasta el 32, dividiendo los estrechamientos situados á 0m 04, 0m 10 y 0m 16 del meato; poca sangre; se colocó sonda inglesa número 10 que quité á las 24 horas; se extrajo una vez más la orina à las seis horas y después orinó por el canal.

Ninguna calentura hubo después de la operación. Desde el dia 13 pasé los números 28, 29 y 30 de Otis, causándole dolor al enfermo, pero sin obstáculo alguno. Supura aún su canal, pero no produce ninguna molestia al enfermo. Además, hay dolor prostático al términar la micción.

El dia 23 lavé la vejiga con solución de nitrato de plata al 1 por 1000, que causó dolor y pujo, pero que consecutivamente ha producido muy buenos resultados.

El 28 se le hizo nuevo lavatorio vesical y la uretra está tan mejorada que el paso de la sonda número 40 de Otis, no causa dolor. Por lo que creo el caso logrado, con conservación de calibre y sin haber traido complica ción alguna.

OBSERVACIONES.

DEL

Dr. RAMON MACIAS.

V.

Lamberto García de 34 años de edad y de ocupación comerciante, ha padecido desde hace diez años varios ataques blenorrágicos; su micción es típica de los estrechos, además tiene una fístula interescrotal y otra prerectal, ambas en actividad; explorando al enfermo se encontraron tres estrechamientos, el primero al nivel del cuello de la fosa navicular, el segundo á siete centímetros atrás del meato y el último en el cuello del bulbo. En vista de esto se procedió á operarlo: la candelilla conductriz pasó con dificultad así como el catéter del uretrotomo de Maisonneuve; inmediatamente se procedió á cortar los estrechamientos por medio de los cuchillos números 1 y 2 del citado instrumento; en seguida se pasó el catéter acanalado, procediendo á practicar el ojal perineal; hecho esto, se cortaron por completo los estrechamientos por medio del uretrotomo de Otis, previa dilatación de él hasta el número 32 que fué el que le correspondía con relación al grueso del pene; hecho el corte, se pasaron sin dificultad la oliva y sonda número 32; después de es-

to, se procedió al avivamiento de las fístulas interescrotal y prerectal, el cual obtenido, se procedío á canalizar la vejiga á través del ojal por medio de un gruezo tubo; lavada ésta con solución bórica al 4p%. y colocando un apòsito antiséptico á las heridas hechas y avivadas se dejó al enfermo en el más satisfactorio estado.

A los dos días se quitó el canalizador, comenzando á sondear al enfermo cada tres días. La temperatura en la tarde de operado así como la de los siguientes días ha sido normal, las curaciones se han hecho diarias estando á los diez días despues de operado, curado de la fístula interescrotal; un mes despues, la herida del perineo así como la fístula prerectal.—A los 45 días el enfermo fué dado de alta completamente sano, siendo la marcha de su curación la más satisfactoria; su uretra ha vuelto á tomar sus dimensiones dando fácil paso á la sonda número 32 de la escala de Otis; el enfermo se encuentra contento con los beneficios de dicha intervención.

VI.

Narciso Altamirano de 45 años, blenorrágico de hace 15 años, operado dos veces, la primera hace 4 años y la segunda 2, por el procedimiento de Maisonneuve, presenta un enorme absceso urinoso sub aponeurótico y dos estrechamientos muy cerrados que con dificultad atraviesa la candelilla, situados el primero en la rejión esponjosa, á 0m. 04 del meato y el segundo al nivel del bulbo; tiene reacción muy alta así como acusa todos los síntomas de estrecho; en vista de lo apremiante del caso se procedió al siguiente día á operarlo.

Se comenzó primero por abrir el absceso extirpando un gajo de piel, inmediatamente se desinfectaron las paredes ayudándose de la raspa de las mismas.—Se procedió hecho esto, á practicar la uretrotomía como en el caso anterior, pero llevando tan solo la dilatación hasta el

número 30 de la escala de Otis pues es el que necesitaba; se lavó la vejiga y se procedió á su canalización, pero no á través del ojal sino por la uretra y con una sonda inglesa de seda, añadida de un tubo de canalización que iba á caer á un recipiente colocado fuera de la cama.

No hubo ni en la tarde, ni en los demás días reacción febril; á las 48 horas se suprimió la canalización, continuando sondeando al enfermo cada tres días; su curación se hacía diaria; al mes la herida del perineo estaba completamente cicatrizada, así como el canal daba fácil paso á la sonda número 30; por lo cual en esta fecha fué dado de alta el enfermo.

———

Resumiendo lo antes dicho, diremos: que la urétrotomía por el procedimiento de Otis es radical, que la curación es pronta y que no se hará la interna mas que en los casos en que los estrechamientos, siendo muy exagerados, estén situados en la región esponjosa, y que hayamos podido preparar á nuestro enfermo; la externa combinada con la interna en aquellos casos en que los estrechamientos han invadido la uretra profunda y la han trasformado en un tubo esclerosado; cuando haya periuretritis, gangrena ó esfacele del escroto.

Por último, como hemos visto, la uretrotomía por el procedimiento de Maisonneuve no puede llamarse de ninguna manera una operación radical, por las razones que me he esforzado en exponer; debiendo considerarla, como hemos dicho, como el primer tiempo de la operación de Otis.

He aquí el humilde trabajo que sin pretención ninguna, someto al ilustrado criterio de mis maestros, animado principalmente por la convicción que tengo de que se mostrarán indulgentes con su agradecido discípulo

Antonio Casillas.